Carta Familiar de Alimentación Gratuita o de Bajo Costo en el Programa Nacional Escolar para Desayunos y Comidas

Estimado Padre o Guardián:

Toda familia que complete y envíe la solicitud podría ser aprobada para recibir alimentación gratuita o de bajo costo. Y si usted o cualquier miembro de su hogar recibe cupones de alimentación, TAFI o FDPIR para que su(s) menor(es) puede(n) recibir alimentos gratis. Si su ingreso total familiar es en la misma o menor cantidad que al que aparece en la gráfica de ingresos a su derecha; y si usted presenta la solicitud completa, el(los) estudiante(s) pudiera(n) ser aprobado para recibir alimentación gratuita o de bajo costo. Los padres de familia no necesitan ser ciudadanos americanos para que su(s) estudiante(s) califique(n) para obtener este(os) beneficio(s).

Toda Solicitud incompleta será rechazada.

Verificación: Su información pudiera ser verificada en cualquier momento durante el periodo escolar. El personal oficial escolar pudiera solicitarle, que presente documentación para verificar que su información en la solicitud sea correcta y así su(s) estudiante(s) pueda(n) recibir alimentación gratuita o de bajo costo.

Audiencia Imparcial: Ud. puede hablar con el personal autorizado de la escuela, si no está de acuerdo con la decisión en su solicitud o el resultado de su verificación de información en caso de ser negado el beneficio a la alimentación gratuita o de bajo costo. Usted en tal caso, pudiera solicitar una "audiencia imparcial" escribiendo o llamando:

Nombre Glen Szymoniak Teléfono 208-634-2161 Direccion 120 Idaho St, McCall Idaho 83638

Grafica de Ingreso (antes de impuestos) Efectivo a Partir de Julio 1, 2012 a Junio 30, 2013			
Integrantes en la Familia	**Anual**	**Mensual**	**Semanal**
1	20,665	1,723	398
2	27,991	2,333	539
3	35,317	2,944	680
4	42,643	3,554	821
5	49,969	4,165	961
6	57,295	4,775	1,102
7	64,621	5,386	1,243
8	71,947	5,996	1,384
Por cada miembro extra agregar	+7,326	+611	+141

Re-aplicación: Usted puede aplicar para recibir alimentación en cualquier momento durante el periodo escolar. Si Ud. ahora no es elegible y las circunstancias familiares han cambiado, como disminución en el ingreso familiar, un incremento en el número de miembros de la familia, se convierte en desempleado, o si alguien de los miembros de la familia recibe cupones de alimentación, TAFI o FDPIR, deberá completar otra solicitud en ese momento.

Instrucciones: (Toda solicitud incompleta será rechazada)

1. Información del (o) Estudiante(s)

a) Escriba el nombre(s) del(los) estudiante(s) del cual(es) este solicitando alimentación gratuita o de bajo costo.
b) Aquel niño adoptivo que sea solamente responsabilidad legal de la "Agencia de Asistencia Social" (Welfare) o de la corte o está bajo su custodia familiar; Marque en la casilla donde indique "Marque la Casilla si es Hijo de Crianza".
c) Marque la casilla que indique "No Ingreso" si el estudiante NO recibe un ingreso monetario.
d) Escriba el grado y el nombre de la escuela del o (los) estudiante(s).

2. Numero de Cupones de Alimentación TAFI o FDPIR

a) Si es aplicable, enliste el número actual de cupones de alimentación, TAFI, o FDPIR por cualquier miembro de su familia, (las tarjetas numeradas de EBT o QUEST no son permitidas). Marque en la casilla para cada uno que aplique según el caso: Cupones de alimentación, TAFI, o FDPIR.

3. Miembros e Ingreso Familiar

a) Lea cuidadosamente las instrucciones de la sección #2 de la aplicación. Incluya a toda persona que viva en su hogar que tenga relación o no con usted pero que compartan ingresos y gastos. En la sección #2 no se requiere solicitud o cupones de alimentación, TAFI, o FDIPR, o solicitudes cuando son hijos de crianza. El reporte obligatorio de ingresos incluye:

Ingresos laborales
-Salario/sueldo/propina
-Beneficios de huelga
-Indemnización al trabajador
-Compensación de desempleo
-Ingresos netos como propietario de negocio o granja

Pensiones/Seguro Social
-Pensiones
-Ingreso para el retiro
-Pagos a veteranos
-Seguro Social
-Ingreso complementario de Seguro Social

Welfare/soporte infantil, pensión Alimenticia
-Pagos de asistencia pública
-Pagos de bienestar infantil
-Pensión alimenticia infantil recibida
-Soporte infantil recibida

Otros ingresos
-Beneficios por discapacidad
-Retiro de efectivo de cuenta de ahorros
-Dividendos de intereses
-Ingresos estatales/créditos/inversiones
-Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar
-Ingresos netos por derecho de Autor/anualidades/rentas
-Otros ingresos

4. Información Familiar

a) Escriba la información requerida. Mencione el número total de miembros del hogar. Todos los miembros del hogar deberán ser incluidos en esta forma.

5. Identidad Étnica o Racial del o los Estudiante(s) – Opcional

a) Marque una identidad étnica. Marque una o varias de las identidades raciales del o estudiante(s) en la aplicación (no obligatorio).

6. Firma y Numero de Seguro Social

a) Escriba el nombre del miembro mayor de la familia.
b) Firma y escriba la fecha.
c) Escriba los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del miembro mayor de la familia que firma la solicitud (no obligatorio únicamente para aquellos que tengan cupones de alimentación, TAFI o FDIPR, o con solicitudes para hijos de crianza). Si Ud. No tiene número de Seguro Social, marque la casilla correspondiente, "No tengo número de Seguro Social". El servicio de alimentación le hará saber si su solicitud fue aceptada o rechazada.

Sinceramente, Lisa Howes

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohibe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevo (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

FY 2012-2013 Solicitud Escolar de Alimentación gratuita o de bajo costo (Una forma por Hogar)

Aplicaciones incompletas serán rechazadas

Para solicitar alimentación gratuita o a bajo costo, complete la solicitud, fírmela y regrésela al servicio de alimentación. Para recibir ayuda llame al número. _____.

Si ha sido notificado este año escolar que su hijo es aprobado para recibir alimentos gratuitos, no complete la forma.

1. Información del Estudiante

Nombre del Estudiante	Marque la Casilla si es Hijo de Crianza*	No Ingresos	Grado	Nombre de la Escuela
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		

*Hijo de crianza debe ser responsabilidad de la Agencia de Asistencia Social o de la Corte.

2.Cupones de alimentos, TAFI, o FDPIR

Nombre de la persona que recibe beneficio (puede ser cualquier miembro en la familia)		
Número de Caso (Número de EBT o Tarjeta Quest No Permitido)		
Marque la casilla correspondiente		
☐ Cupón de Alimentos	☐ TAFI	☐ FDPIR

3. Ingresos y Miembros del Hogar (no se requiere, si proporciona el número de caso TAFI, FDPIR, o cupones de alimentación, o si todos los estudiantes son hijos de crianza)

Enliste los nombres de los miembros de su familia y sus ingresos brutos (solamente enliste a los estudiantes de la sección #1 si ellos reciben un ingreso) Enumeré a los miembros de la familia en la parte de abajo que **NO** reciban un ingreso. Ud. Debe marcar la casilla **"No ingreso"**. Si ya existen estudiantes mencionados anteriormente, Ud. Deberá marcar la casilla **"Estudiante"**. La casilla **"Con qué frecuencia"** deberá ser respondida si existiera un ingreso en esa categoría.			Ingresos de Trabajo antes de las Deducciones (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)		Agencia de Asistencia Social (Welfare), Soporte Infantil y Pensión Alimenticia Recibida (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)		Pensiones, Retiro, Seguro Social (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)		Otros ingresos (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)	
Nombre(s)	No Ingreso	Estudiante	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?
	☐	☐								
	☐	☐								
	☐	☐								
	☐	☐								
	☐	☐								

4. Información del Hogar

Número Telefónico	Dirección Postal	Ciudad/Estado/ Código postal
Teléfono del Trabajo	Dirección de la Calle (Si es diferente que la dirección postal)	Número de Miembros en el Hogar

5. Identidad Étnica y racial del Estudiante (Opcional)

Marque una identidad étnica:

☐ Hispano o Latino
☐ Non-Hispano o Non-Latino

Marque uno o más de las identidades raciales:

☐ Asiático
☐ Blanco
☐ De Raza Negra o Afroamericano
☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
☐ Nativo Hawaiano u otra Isla del Pacifico

6. Firma y Numero de Seguro Social (Leer La Declaración de Ley de Privacidad)

Yo certifico (promeso) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, y que todos los ingresos has sido declarados. Es de mi entendimiento que la escuela podría obtener fondos federales basados en la información proporcionada. Es de mi conocimiento que los profesionales de la escuela pueden verificar (checar) la información. Es de mi conocimiento que si deliberadamente proporciono información falsa, mis hijos podrían perder el beneficio de alimentación, y pudiera ser procesado.

Nombre Escrito	Firma	Fecha
Los 4 últimos dígitos de su Seguro Social	XXX-XX-__ __ __ __	☐ No tengo número de Seguro Social

Ley de Privacidad: Esta explica el uso de la información proporcionada por usted. *La Ley Escolar Nacional de alimentos Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información, pero si usted no la proporciona, nosotros no aprobaremos alimentación gratuita o de bajo costo a su(s) hijo(s). Usted debe incluir los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social del miembro mayor de su familia el mismo quien firme la solicitud. No es obligatorio que proporcione los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social cuando Ud. aplique por un niño adoptivo o si menciona la estampilla de alimentos, asistencia temporal a familias en Idaho (TAFI) Programa de alimentos, programa de Distribución a reservaciones Indias (FDPIR) número de caso u otro identificador FDPIR para su hijo en la solicitud o si indica al auditor que el miembro de su familia quien firma no tiene número de Seguro Social. Nosotros utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir alimentación gratuita o de bajo costo, para uso administrativo y para los programas de desayunos/comidas. Nosotros compartimos información elegible con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a evaluar los fondos o determinar sus programas, para ayudar a los auditores a la revisión de la solicitud oficial de la ley con el fin de ayudarlos a evitar violaciones a las reglas del programa.*

Para Uso Oficial Solamente – No Escriba en las Casillas Siguientes

Application Determination

Household Determination: ☐ Foster Student(s):_____ ☐ Food Stamp/TAFI/FDPIR ☐ Income: Total Income $_____ Frequency_____ # in Household_____			**Convert to Annual if Multiple Frequencies:** Weekly x52, Every 2 Weeks x26, Twice Monthly x24, Monthly x12
Approved: ☐ Free Meals ☐ Reduced-Price Meals Withdrawal Date:_____	**Denied:** ☐ Income over Allowed ☐ Incomplete/Missing ☐ Other _____	**Temporary Approval For:** ☐ Free Meals, Expires_____ ☐ Reduced-Price Meals, Expires _____	**Date Notice Sent:**
Signature of Determining Official:			**Date Determined:**

Verification

Signature of Confirming Official:	
Date 1st Notification Sent:	**Date 2nd Notification Sent:**
Results: ☐ No Change ☐ Free to Reduced ☐ Reduced to Free ☐ Ineligible – Reason: _____	
Signature of Verifying Official:	**Date:**